



Universidad  
de Navarra

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO DE PEDAGOGÍA**

El enfoque de Atención Centrada en la Persona.

Plan formativo de sensibilización para los profesionales de  
referencia

Presentado por Maitane Alejos Garro

Dirigido por Nuria Garro Gil

Pamplona, 2016



## RESUMEN

A través del presente trabajo se pretende por un lado, constatar la necesidad de un cambio de paradigma en la atención asistencial; para ello, a lo largo del primer capítulo se ofrece una revisión bibliográfica sobre la evolución histórica de los servicios asistenciales para las personas mayores en España, y en el segundo capítulo se presenta una visión general sobre el enfoque de atención centrado en la persona, un paradigma de reciente implantación en los modelos asistenciales españoles, pero que cuenta con un largo desarrollo a nivel internacional. Y por otro lado, se pretende vislumbrar la figura del pedagogo en el ámbito de la gerontología; así pues, a lo largo del tercer capítulo, a partir de la reflexión sobre la experiencia en las instituciones gerontológicas, se propone un plan formativo para la sensibilización de los profesionales cuidadores que trabajan en la atención directa con las personas mayores.

**Palabras clave:** personas mayores, paradigma asistencial, enfoque de atención centrada en la persona, autonomía, formación, plan de atención y vida, profesional de referencia.



## ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: La evolución de los modelos asistenciales en los servicios gerontológicos <sup>1</sup> .....	7
1. Envejecimiento de la población actual.....	7
2. Evolución histórica de las instituciones asistenciales.....	9
3. Nuevos avances en el modelo asistencial.....	17
CAPÍTULO II: Hacia un cambio de paradigma: El enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP).....	21
1. Origen de la Atención Centrada en la Persona.....	21
2. ¿Qué es el enfoque de Atención Centrada en la Persona?.....	22
3. Recursos clave para una atención individualizada.....	28
3.1. Plan de atención y vida.....	29
3.2. Profesional de referencia.....	31
CAPÍTULO III: Propuesta formativa de sensibilización.....	35
1. Metodologías experienciales.....	36
1.1. Experiencia de aprendizaje mediado.....	36
1.2. Aprendizaje basado en la experiencia.....	38
2. Las rutinas en las instituciones asistenciales.....	39
2.1. La experiencia de un día como cuidador.....	39
2.2. Plan de sensibilización para la formación de profesionales de atención directa.....	43
3. Programación.....	44

---

<sup>1</sup> Cuando se habla de servicios gerontológicos, a pesar de que abarque diversos contextos, se hace referencia a las instituciones residenciales.

CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	57

## JUSTIFICACIÓN

Todos los individuos poseemos un gran potencial humano y, como potencial que es, podemos entrenarlo para desarrollarlo. Sin embargo, es innegable que precisamos de la ayuda de otros para conseguirlo, puesto que de lo contrario, en lugar de perfeccionarnos detendríamos nuestro desarrollo y nos llevaría a decrecer como personas. En esta línea, Bermejo (2012: 29) señala que todas las personas “necesitamos disponer de posibilidades de aprendizaje que nos ayuden a lograr proyectos personales y la satisfacción de las exigencias relacionales propias de nuestro contexto”; asumir esto implica que la educación debe estar presente a cualquier edad y en todos los ámbitos de los servicios sociales. Además añade que “en el caso de los adultos de más edad, ello se ve más agudizado por el hecho de que el envejecimiento todavía implica en nuestra sociedad un estigma negativo... [hasta tal punto que se cuestiona] su capacidad de aprender, de conocer, de decidir y de gobernar su vida.”

Sin embargo —aunque pueda resultar paradójico para la sociedad— en los últimos años y debido al aumento de la esperanza y calidad de vida, están surgiendo necesidades de ocio y desarrollo personal entre las personas que conforman la adultez media y tardía, lo que ha dado origen al denominado “envejecimiento activo”. Bermejo y Miguel (2008) lo describen de la siguiente manera: proceso mediante el cual se pretende desarrollar capacidades personales, conquistar un sentimiento de bienestar por la vida presente y ser responsable de la misma; Por todo ello, se requiere de una capacitación y formación por parte de los profesionales que se dirijan a satisfacer dichas demandas.

Desde el ámbito de la educación y a quien nos dedicamos a la educación Bermejo (2012: 29) nos propone renovar nuestras capacidades docentes, con el fin de asumir el desafío que significa “ayudar a aprender”; La asunción de este rol trae consigo reconocer a la persona con derecho de ejercer su autonomía para responsabilizarse de su vida y aprendizaje. Del mismo modo, la autora añade que, los programas socioeducativos deberán combinar armoniosamente deseos y preferencias de sus protagonistas, conocimientos valiosos de diversas disciplinas y los aportes de la Pedagogía Gerontológica.

Dicho lo cual, junto con el proceso de desarrollo en el ámbito de la educación, además debemos apostar por un cambio de paradigma respecto a los servicios sociales

que se prestan en la actualidad a las personas mayores, ofreciendo una mayor atención a las instituciones residenciales, en las cuales todavía las actividades se dirigen a curar o paliar las enfermedades, en lugar de ofrecer a las personas la ayuda para desarrollar sus capacidades.

En definitiva, debemos conjugar ambos procesos, por un lado porque las personas mayores siguen poseyendo ese potencial humano que les permite un continuo perfeccionamiento y, por otro lado, porque se trata de que las personas mayores den más vida a sus años, y no solo más años a su vida.

Dicho lo cual, a través del presente trabajo se pretende, por un lado, vislumbrar la figura del pedagogo como profesional relevante en el ámbito de la gerontología y el trabajo con personas mayores, denominado por Bermejo (2012) pedagogía gerontológica. Y por otro lado, se pretende constatar la necesidad de un cambio de paradigma de atención respecto a las personas mayores en los servicios gerontológicos —especialmente en las instituciones residenciales—.



## INTRODUCCIÓN

Debido a los cambios sociales que se han producido a lo largo de las últimas décadas, como son la mejora de la calidad de vida, los avances médicos y tecnológicos, y el creciente desarrollo del Estado de Bienestar, el resultado ha sido, entre otros, un aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, este fenómeno de aumento del número de años vividos puede verse como una circunstancia dual. Es decir, podemos lograr mayor longevidad pero esta suele venir acompañada de deterioro físico y/o psicológico, dificultades económicas y en ocasiones de situaciones que tienen que ver con la soledad o el aislamiento social. Esto hace que perdamos cierta independencia —aunque no necesariamente la autonomía, como se señalará en este trabajo— y necesitemos de otras personas y/o instituciones o recursos para poder cubrir nuestras necesidades.

Durante generaciones y todavía en la actualidad, la familia ha sido la principal institución como ámbito de asistencia en lo que a asuntos sociales se refiere, donde el papel protagonista ha sido la mujer. Dicho lo cual, desde esta institución se ha procurado mitigar y/o solventar problemas de diversa índole, tales como: el cuidado de los enfermos, la atención a los adultos mayores, la solidaridad con los miembros que se encuentran parados, con los drogodependientes, las personas con discapacidad, etc., que afectan a las ayudas de todos los miembros de la familia (Sánchez y Bote, 2009: 128-129).

Además, los autores añaden que, debido a las limitaciones y carencias que en el pasado presentó el Estado de Bienestar en España, dieron un protagonismo importante a la institución familiar que ha llevado a que los lazos de solidaridad familiar hayan tenido que cubrir importantes lagunas que no han cubierto las administraciones públicas. En lo que al cuidado de las personas mayores se refiere —que es lo que nos concierne— los estudios sociológicos siguen poniendo de relieve como el cuidado de las personas mayores es responsabilidad de la familia (Sánchez y Bote, 2009: 143). Sin embargo, cabe destacar, que debido a uno de los cambios con mayor trascendencia que ha acontecido en la familia española en los últimos 40 años como ha sido el nuevo rol de la mujer —incorporación al mundo laboral y su presencia en todos los ámbitos de la vida pública— han surgido nuevas necesidades sociales respecto al cuidado y bienestar de los miembros de la familia.

Así pues, con el objetivo de satisfacer las nuevas demandas, a lo largo de los años 80 se produjo un auge de los servicios gerontológicos como recursos públicos y privados para ofrecer asistencia y cuidado a las personas mayores y/o dependientes. En sus inicios estas instituciones se asemejaban a los centros hospitalarios, donde predominaba un modelo exclusivamente focalizado en las enfermedades y su único objetivo era conseguir la curación. Más adelante y con el objetivo de ofrecer mayor calidad y comodidad surgieron las instituciones de tipo hotelero, donde se ofrecían espacios de ocio y salas comunes para favorecer las relaciones sociales. Sin embargo, en la actualidad nos encontramos en una transición del paradigma asistencial en el que se debe seguir trabajando para procurar un modelo que anteponga a la persona por encima de todo y apueste por la creación de servicios más cercanos al modelo hogareño. El cual se desarrollará a lo largo del presente trabajo.

Con el objetivo de abordar las cuestiones propuestas, en primer lugar, se expone la realidad social actual de la población española en relación a la denominada “tercera edad” y más recientemente “cuarta edad”, señalando los cambios demográficos que está viviendo nuestro país. Se explica también cómo a lo largo de las próximas décadas el porcentaje de la población más mayor aumentará de manera significativa, lo cual supondrá la aparición de nuevas demandas sociales y por consiguiente de nuevos campos de actuación.

Dicho lo anterior, uno de los ámbitos de actuación que cobra mayor importancia son los servicios gerontológicos. Así pues, a lo largo del primer capítulo se expone la evolución histórica de las instituciones gerontológicas en España, así como los modelos de atención y la concepción de la senectud que han predominado en cada época.

A pesar de los avances positivos que se han producido en los servicios gerontológicos a lo largo de la historia debido a las necesidades y demandas actuales de las personas mayores, se observa la necesidad de una transformación en los modelos de atención. Dicho lo cual, a lo largo del segundo capítulo se presenta un nuevo paradigma de atención que está surgiendo en la última década en España: El enfoque de Atención Centrada en la Persona. La primera vez que se utilizó este concepto fue de la mano de Carls Rogers con la denominada “terapia centrada en el cliente”, desde entonces se ha venido desarrollando en diferentes contextos sociales, de entre los que se encuentran las instituciones residenciales. Así pues, se expone en qué consiste el enfoque de Atención

Centrada en la Persona en el ámbito de las instituciones residenciales, cuáles son sus principios y objetivos, qué supone implantar este modelo y qué beneficios ofrece. Además, se reitera el nuevo rol que se les plantea a los profesionales.

Por último y, para atender las necesidades que surgen a partir de la convicción de la necesidad de incorporar un nuevo modelo en las instituciones residenciales, en el tercer capítulo se ofrece un plan de formación para la sensibilización de los profesionales que se encuentran trabajando en la atención directa con las personas mayores.



## CAPÍTULO I

### **La evolución de los modelos asistenciales en los servicios gerontológicos**

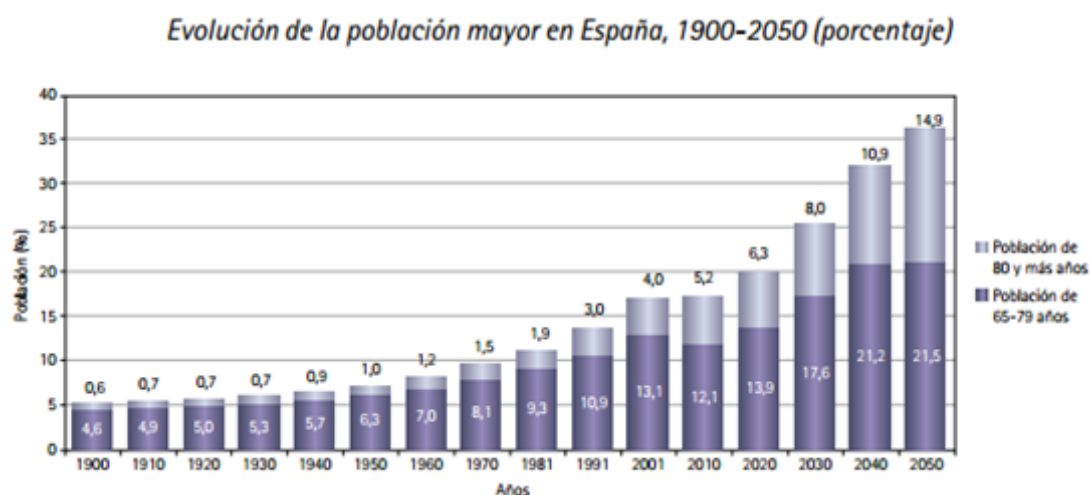
A lo largo de este capítulo, se expone en primer lugar la realidad social actual de la población española perteneciente a lo que se ha denominado “tercera edad” y, más recientemente, “cuarta edad”.

En segundo lugar, se trata de ahondar en la evolución de las instituciones residenciales, así como de los paradigmas y modelos que han ido predominando a lo largo de la historia en España. Con esto se pretende justificar la necesidad de un cambio de paradigma, tanto social como institucional, en lo que a la atención de las personas mayores y los servicios gerontológicos se refiere.

#### **1. Envejecimiento de la población actual**

El informe realizado por el IMSERSO en 2012 con el título *Las Personas Mayores en España* ofrece una serie de indicadores demográficos que describen el aumento de la población mayor en los últimos años.

Las mejoras en las condiciones de vida generales de la población, como consecuencia de los avances tecnológicos y la medicina, han permitido que, desde principios del siglo XX, el número de españoles haya crecido de forma significativa debido al aumento de la esperanza de vida. En concreto, desde 1900 hasta la actualidad, la población española ha pasado de los 18.618.086 a los 46.815.916 habitantes. Además, es el grupo de edad de 65 años y más el que ha experimentado un mayor incremento: desde 1900 a 2011 el porcentaje de personas ha pasado a ser de un 4,6% a un 12,1%. Entre 1981 y 2011 la población de 65 y más años se ha duplicado, lo cual significa que ha pasado de representar el 11,2% de la población total en 1981, a representar el 17,3% en 2011. El siguiente gráfico muestra esta evolución en el caso de España.

**Figura 1**

Fuente: IMSERSO, 2012.

Todo ello tiene como resultado, además, la ya conocida inversión de la pirámide demográfica, lo cual muestra que la proporción de personas mayores en comparación con la proporción de población joven tiene repercusiones sociales a muy distintos niveles. De hecho, en el año 2001 el porcentaje de población mayor superó ya al de población en edad infantil (de 0 a 14 años) y esta tendencia irá previsiblemente en aumento en las próximas décadas.

Se produce además un fenómeno de «envejecimiento de la población mayor» o lo que se ha denominado “envejecimiento del envejecimiento” (Tobío, Agulló, López y Martín, 2010). Esto quiere decir que aumenta el volumen y el peso relativo de personas de este grupo poblacional. En este sentido, España presenta en la actualidad una de las esperanzas de vida más elevadas a nivel mundial: 79,2 años para los hombres y 85 años para las mujeres en 2011. A nivel internacional y según las estimaciones de Naciones Unidas, en el año 2050 el 9% de la población de los países desarrollados superará los 80 años y el 4% en los países en vías de desarrollo. Este proceso de envejecimiento poblacional trae consigo una serie de consecuencias que van más allá de la cuestión demográfica: mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas y/o degenerativas, aumento de casos de dependencia, aumento de las necesidades de asistencia y cuidados, etc. Edad y dependencia, por tanto, están estrechamente relacionadas, ya que el número de personas con limitaciones aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años.

A la vista de los datos expuestos, puede observarse cómo en el caso concreto de España, que es el que aquí nos interesa, la población de personas mayores va a seguir aumentando y, como consecuencia de ello, somos ya testigos del surgimiento de nuevas necesidades sociales relacionadas con este colectivo desde un punto de vista multidimensional: a nivel económico, social, cultural, familiar, afectivo, etc.

Algunas de estas necesidades —y puesto que hablamos del binomio envejecimiento-dependencia— están estrechamente relacionadas con la asistencia a las personas mayores y por tanto con los servicios gerontológicos creados a tal efecto. Sin embargo, conviene señalar que el ámbito gerontológico se ha entendido siempre desde un abordaje tanto teórico como práctico muy centrado en el aspecto médico-asistencial. Y ha sido el ámbito de la medicina y la salud el que mayor protagonismo ha adquirido a la hora de plantear los paradigmas y modelos de atención a las personas mayores. En este sentido, se considera de especial interés realizar un breve recorrido a lo largo de la historia para adquirir una visión general sobre lo que ha sido el desarrollo y evolución de los modelos asistenciales en los servicios gerontológicos en nuestro país.

## **2. Evolución histórica de las instituciones asistenciales**

Las instituciones para personas mayores han recibido diversos nombres a lo largo de la historia según su estructura, titularidad, organización, finalidad, tipo de usuarios a los que atendían y enfoque al que respondían, entre otras cosas. Este proceso de evolución se ha visto además condicionado por el concepto de asistencia y cuidado que manejaba la sociedad de cada época, como se verá a continuación.

Fernández y Sánchez (2006:170) afirman que en la Edad Media la población más anciana era una problemática social, dado que ya no podía servir a la sociedad. La persona mayor era vulnerable, no tanto por la edad o los “achaques”, sino por la falta de recursos para poder cubrir sus necesidades básicas. Tanto es así, que los ancianos con poder adquisitivo tenían más posibilidades de llegar a la senectud y por ello permanecían en sus hogares al cuidado de familiares o personal de servicio. Además, se convertían en figuras de autoridad o patriarcas del hogar a cambio de donativos que les eran ofrecidos a sus hijos u otros familiares. Las personas mayores sin recursos apenas contaban con instituciones que les ofrecieran ayuda, por lo que eran encomendados a realizar labores de portero y pequeños trabajos manuales (Trejo, 2001:114-115).

Fernández y Sánchez (2006: 170) afirman que desde la Edad Media, en Europa, existieron albergues para pobres y peregrinos. Estas instituciones benéficas eran ofrecidas generalmente por los obispos, aunque también por parte de particulares. Señalan además que los primeros asilos para los “viejos pobres” en occidente tienen su origen en el Imperio Bizantino. Incluso hay constatación de que en aquella época existió un refugio exclusivamente para personas mayores pobres.

A partir del siglo XI las entidades religiosas conforman el modelo asistencial basado en la beneficencia, desde el cual se plantea ya la institucionalización de la caridad. Principalmente desde iniciativas particulares empiezan a surgir las primeras fundaciones hospitalarias, que posteriormente darán lugar a lo que actualmente se conoce como hospitales (López, 1986: 53).

Al mismo tiempo, se crean también los primeros asilos específicos que ofrecían asistencia y cuidado a las personas mayores. “La función de los asilos dentro de la sociedad ha sido dar cobijo, custodiar o recluir a individuos con fines dispares: socorro, prevención, cura, castigo...” (Barenys, 1992: 122). Estos podían ser de dos tipos:

- 1) Los que ofrecían cuidados a personas mayores de 60 años en adelante —aunque siendo muy escasos —trataban de ofrecer asistencia y cuidados sanitarios a aquellas personas mayores pobres. Álvarez Sierra (1952: 35) habla de la existencia del *Hospital de Santa Catalina de los Donados*, en Madrid, que ofrecía cobijo a personas mayores sin recursos que no podían valerse por sí mismas, que caían enfermas o que requerían cuidados paliativos.
- 2) Instituciones que servían de retiro para personas procedentes de diferentes sectores sociales que ya no podían servir a la sociedad (Fernández y Sánchez 2006: 172). Se trataba de asilos donde se internaba a las personas, mayores o no, que ya no podían ofrecer las labores productivas que habían realizado hasta entonces y se les consideraba por tanto pobres y sin recursos. Uno de estos asilos fue el *Hospital Real* de Sevilla, a donde los Reyes retiraban a todo aquel que había servido a la corona, pero que por la vejez o heridas de guerra ya no podía realizar sus funciones.

En el siglo XII comienzan a surgir las primeras cofradías gremiales, agrupaciones profesionales de personas que pertenecían a un determinado oficio en las que ofrecían sus servicios y que se asociaban con unos objetivos comunes (López, 1986: 55). Tales



objetivos eran de carácter profesional, social, caritativo, etc. De hecho, la asociación en forma de gremios respondía a la necesidad de amparo en caso de enfermedad, accidente o vejez, siendo una de las misiones fundamentales de los asociados cuidar e incluso ofrecer recursos a aquellos miembros de la cofradía que los necesitasen (Cordero, 1997: 388-390). De esta manera, las cofradías gremiales constituyeron en esta época otra alternativa para la atención a las personas mayores pobres e/o indefensas, si bien la asistencia en la vejez, propiamente, no fuera una de sus finalidades directas.

Podemos concluir, por tanto, que la Edad Media se caracterizó por una asistencia a las personas mayores con escasez de recursos, más consideradas como carga social, puesto que no producían y no ofrecían ningún beneficio a la sociedad, además de tener que ser atendidas por otras personas. Así pues, el paradigma asistencial se centraba en el modelo asilar con un enfoque de aislamiento, con el principal fin de proporcionarles alimentos, agua y cobijo hasta el final de sus vidas.

Fernández y Sánchez (2006: 174) afirman que en la Edad Moderna se evidenció un cambio de pensamiento respecto a la vejez y la vida. Debido a los avances en medicina y la posibilidad de aumentar la esperanza de vida, se empezó a contemplar la idea de prolongar la juventud y alargar la vejez. Concebir el crecimiento del ser humano desde esta perspectiva, dio lugar en esta época a numerosos estudios sobre la senectud.

Los especialistas en medicina se centraron en descubrir la manera de retrasar la vejez y recomendaban a sus pacientes la templanza y la moderación como receta para vivir más años. Es decir, se trataba de llevar una vida saludable y sin excesos, ya que, en aquel entonces, la causa más frecuente por la que se aceleraba la vejez era la falta de higiene y la mala alimentación. A finales del siglo XV y hasta principios del siglo XIX surge la “Gerocomia”, disciplina de estudio que hoy se conoce como Geriatria y que se centró en el estudio del cuidado de las personas mayores. Afirma Granjel (2003: 692) que solo podían beneficiarse de esta especialidad una minoría social, es decir, aquellos que pertenecían a la alta nobleza o quienes tuvieran recursos suficientes como para poder ser atendidos. Lo cual muestra que no existió gran diferencia respecto a la época medieval en lo que a la práctica se refiere en el trato a las personas mayores. Es en el siglo XIX donde realmente empiezan a producirse cambios respecto a la población más anciana.

A lo largo de la modernidad surge en España el concepto de “Casa de la Misericordia”. Fue Miguel de Giginta quien propuso a los reyes crear en cada población una Casa de la Misericordia. Esta era una especie de convento edificado en forma de cruz con una capilla como eje central, de manera que las personas pudieran ser divididas por sexo y edad. Estas instituciones fueron creadas para las personas más desfavorecidas: pobres, discapacitados o huérfanos. Su mantenimiento se debía a las limosnas y otro tipo de ayudas recibidas y al desempeño de un oficio por parte de los propios sujetos internos, a quienes se les asignaban tareas en función de sus capacidades. De hecho, estas casas de misericordia no solo funcionaban como centros de acogimiento o refugios, sino que también ofrecían formación profesional y tareas de manufactura (Fernández y Sánchez, 2006: 175).

Con el comienzo de la Ilustración, los propulsores del nuevo régimen concibieron la labor asistencial como una función de la que debía hacerse cargo el Estado. Así pues, fue en este momento cuando surgieron los hospicios, que comenzaron a expandirse por España a partir de 1750. Estas instituciones sociales trataban de acoger de forma temporal a aquellas personas etiquetadas de marginales, vagas, ancianos pobres y discapacitados, con el objetivo de reinsertarles en la sociedad y conseguir con ello que fueran individuos productivos. Tanto es así que se intentó crear un hospicio en toda capital de provincia, instalando junto a ellos una fábrica, de tal manera que quienes estuvieran reclutados en estas instituciones pudieran acudir a la fábrica como productores de materia prima. Y así, con las ventas de su producción contribuían al mantenimiento económico de la institución que los acogía. Campillo (1969: 25-26) fue en esta época quien estudió la organización de estos hospicios. Los hospicios disponían de tres medios principales para la reinserción social de estas personas: el confinamiento, la enseñanza religiosa y la enseñanza profesional (Helguera, 1980: 74).

- 1) El confinamiento trataba de ofrecer un techo a los mendigos y marginados para que pudieran refugiarse de las malas temperaturas que se producían en algunas épocas del año y protegerles de las influencias sociales que les hubieran podido llevar a su situación actual.
- 2) A través de la enseñanza religiosa pretendían enderezar las inclinaciones negativas y regenerar la moralidad de aquellos que eran considerados vagos.

- 3) Mediante la enseñanza profesional trataban de proporcionar conocimientos y habilidades sobre diferentes labores, con el objetivo de que los internos del hospicio pudieran ganarse la vida de manera honrada y productiva.

En 1812 se aprueba en España la Constitución Política de la Monarquía Española. En su artículo 321 recoge las funciones correspondientes a los ayuntamientos de cada comunidad, entre las cuales destacan en el artículo Primero “La política de salubridad y comodidad” y en el artículo Sexto “Cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban”(Constitución Española, 1812: 40-41). Es a partir de entonces cuando los hospitales, hospicios y otras instituciones dedicadas a la beneficencia pasan a ser responsabilidad del Estado, concretamente de cada municipio.

Diez años después de la Constitución de 1812, se aprueba en 1822 la Ley General de la Beneficencia. Esta ahonda más en el artículo 321 de la Constitución respecto a las funciones de los municipios. Además, añade que las Juntas Municipales de Beneficencia y las Juntas Parroquiales deberán colaborar junto con los municipios en lo que respecta a los hospicios y hospitales. La aprobación de esta legislación supuso, por tanto, el traspaso de funciones de beneficencia a las administraciones públicas.

Vidal (1987: 49-50) comenta a este respecto el impacto social que supuso la implantación de esta ley. El paso de los poderes privados a los públicos dio lugar a una gran reforma hospitalaria, donde se pretendía utilizar diferentes edificios según la especialidad del paciente. Así pues, se crearon instituciones específicas dirigidas a la maternidad, a los locos y a los convalecientes—según la terminología de la época—. De esta manera, se pretendía cambiar el modelo de los hospicios—llamados entonces casas de socorro—, cuya connotación negativa apuntaba a la función desempeñada de confinamiento de personas pobres y represión de los que habían sido etiquetados de vagos, mendigos o delincuentes menores.

Las escuelas de primeras letras y las fábricas situadas cerca de las casas de socorro seguían funcionando, pero ahora con el objetivo de crear nuevos puestos de trabajo que permitieran a las personas en situación de desamparo llevar una vida digna, participativa y honrada.

A pesar de haber traspasado los poderes de la beneficencia a la administración pública, se permitía también la participación de asociaciones caritativas y entidades religiosas que hasta entonces hubieran hecho una labor positiva en el servicio social. Aun con todo lo dicho, hay que decir que, si bien se llegó a aprobar la ley de Beneficencia, no llegó a implantarse en todas sus dimensiones. Aunque no por ello dejó de representar un antes y un después en la historia de la asistencia social.

Posteriormente, se aprueba en España en 1849 la Ley de Beneficencia y Reglamento para su ejecución. En su primer artículo dicta la ley que los establecimientos de Beneficencia son públicos y que serán clasificados en generales, provinciales y municipales. A excepción de aquellas organizaciones particulares que cumplan los objetivos y sean financiados con fondos propios o donados. Así pues, los establecimientos provinciales serán las casas de maternidad y de expósitos —casas de niños abandonados— y las de huérfanos y desamparados.

En el artículo 13 se señalan las funciones correspondientes a las Juntas municipales, encargadas de organizar y fomentar todo género de socorro domiciliario, incluidos los socorros en especie —alimentos, por ejemplo—. Respecto a los mendigos y personas pobres se produce un cambio, ya que en el artículo 18 se recoge la prohibición de admitirles en los establecimientos de la beneficencia cuando se trata de personas válidas.

Respecto al reglamento para su ejecución, en el capítulo primero, artículo 2, se consideran establecimientos de beneficencia aquellos que satisfagan las necesidades permanentes o que reclamen una atención especial. Dicho lo cual, se permite la admisión de los siguientes grupos de personas: locos, sordo-mudos, ciegos, impedidos y decrepitos—siendo clasificados en aquel entonces con estas nomenclaturas—. Para estos últimos se asignaron dieciocho establecimientos en todo el territorio español en los que compartían la estancia con imposibilitados e impedidos.

La Ley de Beneficencia de 1849 introdujo cambios prácticos en la asistencia social. No obstante, respecto a la población más anciana no hubo grandes cambios en la atención a sus necesidades más allá de las de subsistencia, puesto que en estos establecimientos se tenían en cuenta solamente sus necesidades más básicas.

Hasta el siglo XIX, la asistencia médica y social para el colectivo de las personas ancianas fue de escasa calidad. Sin embargo, en el siglo XX se produce una revolución

en el tema de la “vejez” y surgen nuevos planteamientos y conocimientos sobre la senectud. En 1901 aparece el concepto de *Gerontología*, con el que se reconoce una ciencia que estudia los diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento de una población. Su finalidad era la búsqueda de la calidad de vida de las personas abordando todas las dimensiones de la vejez, tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos, sociales y culturales (Martínez, 2015: 40).

Es en este siglo cuando surgen en España diferentes modelos de atención a las personas mayores. Durante los primeros años de la década de los 70 se empezaron a construir residencias con la intención de tratar de superar el estilo asilar de instituciones anteriores centradas en el alojamiento de ancianos indigentes y abandonados (Rodríguez 2007: 3-4). En este primer modelo residencial las personas mayores eran percibidas como personas “carenciales”, debido al declive de la salud y a la disminución de las capacidades —físicas, cognitivas, psicológicas, sociales, etc.— derechos y recursos económicos. Así pues, el objetivo principal de las residencias en esta época —siendo consideradas todavía de tipo asilar y vinculadas a la Iglesia— fue atender las necesidades más básicas de las personas, relacionadas con la alimentación, la salud, la higiene y el alojamiento. El rol de los profesionales era asistencial, y en su foco de interés estaba la idea de caridad, orden y disciplina. Dicho lo cual, el modelo que imperaba en esta época era el asistencial, benéfico y paternalista (Martínez, 2015: 35).

En la década de los 80, el único recurso disponible para las personas mayores lo constituían las residencias como resultado de los cambios producidos en los últimos años: la industrialización y el desarrollo del tercer sector; la reducción y nuclearización del modelo familiar extenso; el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad; la incorporación de la mujer al mundo laboral y la consiguiente reconsideración del papel de la cuidadora principal. Todos estos acontecimientos supusieron una dificultad a la hora de plantear alternativas en el cuidado de las personas mayores, lo cual trajo consigo un gran incremento de ancianos ingresados en instituciones residenciales (Rodríguez 2007: 5-6).

A lo largo de los años 80 y durante los 90, el enfoque que imperaba en la década anterior fue perfilándose, para dar lugar a un modelo de atención más integral. Sin embargo, todavía predominaba la atención asistencial y sanitaria. Respecto a las instituciones residenciales, se producen cambios significativos: los edificios eran más

amplios, dando cabida a un gran número de usuarios, adoptando con ello un modelo residencial de tipo hotelero, dotado de amplias y buenas instalaciones.

Durante este periodo tiene lugar el inicio de los servicios sociales y, progresivamente, se va forjando una nueva visión sobre los derechos del ser humano. Es en este momento cuando empiezan a concebirse las necesidades de la persona en todas sus dimensiones: físicas, psicológicas, sociales, cognitivas y afectivas. Aun así, el modelo residencial predominante sigue centrándose en el déficit, las enfermedades y las limitaciones, y con ello los profesionales se focalizan en los aspectos negativos de las personas mayores, clasificándolas por grupos homogéneos según sus enfermedades y limitaciones y descuidando las necesidades individuales de cada quien (Martínez, 2015: 35).

A finales de la década de los 90 y en adelante se introducen nuevas disciplinas en el campo de las personas mayores y empiezan a realizarse intervenciones desde el ámbito de la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional. En este momento se va consolidando un modelo organizativo en los centros residenciales en el que se clasifica a las personas según un “perfil de usuario” que atiende a sus enfermedades y limitaciones. En este contexto la calidad de los servicios gerontológicos se evalúa a partir de los servicios prestados y los aspectos organizativos (Martínez, 2015: 36).

Durante el breve recorrido que se ha realizado sobre los servicios gerontológicos en España a lo largo de la historia, se ha podido observar los numerosos progresos que se han producido en lo que a la asistencia de las personas mayores se refiere. Esto ha traído consigo la reconsideración de las personas de edad avanzada —incluso la necesidad de replantear cuándo son consideradas como tal—, pues en la actualidad poseen mayores conocimientos, están mejor cualificadas y tienen nuevas inquietudes.

Por tanto, se puede concluir diciendo que las necesidades que han surgido entre las personas mayores plantean nuevos retos para los profesionales de las diferentes disciplinas, entre las que pueden destacarse: la gerontología, la psicología y, por qué no, la pedagogía o ciencias de la educación. Y que estos desafíos deben ser abordados desde un enfoque que abarque las nuevas realidades de las personas mayores donde la persona sea exclusivamente el centro de atención.

### 3. Nuevos avances en el modelo asistencial

En las últimas décadas se están produciendo cambios significativos en los servicios gerontológicos en España. Las instituciones residenciales para las personas mayores —que es el foco de interés en este capítulo— han experimentado grandes modificaciones no solo en lo que a los modelos de atención y asistencia se refieren, sino también en los modelos de convivencia propuestos. Dicho esto, cabe destacar que en sus orígenes las residencias se asemejaban a hospitales donde predominaba el modelo asilar con un enfoque de aislamiento. Más adelante, pasaron a ser residencias de tipo hotelero donde prevalecía el enfoque asistencial. Y en la actualidad, está surgiendo un nuevo modelo —denominado *Housing* o *Cohousing* (Durrett, 2015: 5) — que trata de evolucionar respecto del modelo residencial y plantea unidades de convivencia que se asemejen al ambiente de hogar, donde el centro de atención sea la persona. Sin embargo, en España todavía nos encontramos en la transición de un paradigma asistencial.

Esta evolución queda recogida en la siguiente tabla tomada y adaptada de Martínez (2015).

**Tabla 1.**

<b>Atención médica de carácter convencional</b>	<b>Programas contra enfermedades</b>	<b>Atención centrada en la persona</b>
Se orientan en la enfermedad y las actuaciones están dirigidas a la curación	Se orientan en las enfermedades	Se orientan en las necesidades de salud
Las relaciones entre el profesional y el paciente se limitan al momento de la consulta	Las relaciones entre los profesionales y el paciente se restringen al momento de actuación	Las relaciones son prolongadas
La atención es exclusivamente curativa	La atención se centra en luchar contra las enfermedades	La atención es integral, continua y se centra en la persona
Responsabilidad exclusivamente de asesoramiento al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades	Responsabilidad sobre la salud a lo largo del ciclo vital
Los pacientes son consumidores de la atención que reciben.	Los grupos de poblaciones son los destinatarios de las intervenciones de luchas contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad.

*Diferencia entre la atención médica tradicional, el enfoque de los programas contra las enfermedades y la atención centrada en la persona.*

Fuente: Martínez, 2015.

La implantación del enfoque de atención centrada en la persona plantea nuevos retos en el ámbito de la gerontología. Esto trae consigo la necesidad de reformular el concepto de persona como beneficiaria de los servicios gerontológicos, el concepto de asistencia, de cuidado y todos los derechos que le deben ser reconocidos y respetados. Y que responde a las necesidades detectadas y todavía no cubiertas que tienen que ver con el reconocimiento de la dignidad, respeto de la autonomía y el fomento de la autodeterminación de las personas.

Cada persona, como poseedores de una identidad propia, somos diferentes respecto a los demás y esto supone que tengamos nuestra manera de vivir. El respeto a la dignidad por el hecho de ser personas es un principio básico para todos los individuos independientemente de sus características. Esto implica que nuestros valores, hábitos, costumbres deban ser respetados y por consiguiente podamos seguir tomando nuestras propias decisiones. Otro de los principios básicos es el respeto a la autonomía, lo cual supone que la persona deba ser el principal agente de participación (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2015: cuaderno 1).

Con todo lo dicho hasta ahora, podemos concluir diciendo que se han producido numerosos avances positivos a lo largo de la historia en la atención a las personas mayores: respecto al modelo tradicional supuso un cambio de pensamiento en cuanto a la concepción de la persona mayor —que hasta entonces había sido considerada como un estorbo— en cuyo caso las actuaciones se dirigían exclusivamente al refugio y cobijo del anciano, mientras que en el modelo tradicional se comenzó a tratar de curar las enfermedades y todas las actuaciones estaban destinadas a su consecución; los programas de enfermedades supusieron una evolución respecto al tradicional, ya que no se limitaban exclusivamente a la curación de enfermedades, sino que también a su prevención. Pero en el caso de ambos modelos el centro de atención no era la persona en sí, sino la propia enfermedad.

Sin embargo, a pesar de las mejoras que los dos modelos supusieron entonces, debemos seguir progresando hacia un enfoque donde se anteponga a la persona por encima de todo —la Atención Centrada en la Persona—. Martínez (2015, 50) expone los principales beneficios que plantea la ACP respecto a los otros modelos: facilita la personalización del cuidado y fomenta la orientación y la buena praxis profesional (Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2004); y promueve la autonomía facilitando el



control sobre la vida cotidiana de la persona desde la aceptación y respeto a sus principios y valores (Edwardsdsson, Fetherstonhaugh y Gibson, 2010).

Si bien, tanto los modelos tradicionales como la ACP tratan de ofrecer una atención individualizada, la diferencia principal radica en el papel activo que este último otorga a las personas usuarias y las consecuencias que ello genera en los profesionales y su forma de intervenir. Mientras que en los modelos anteriores se contempla la práctica paternalista donde los profesionales son quienes toman todas las decisiones (Martínez, 2015: 51)

En definitiva, a través de este enfoque se busca la personalización de la atención entendiendo que cada individuo se construye como persona en procesos de apertura y comunicación con los demás. Pretende que cada persona —incluyendo a las personas con cierto grado de dependencia— tome un papel de agente central y en la medida de lo posible activo (Martínez, 2015: 53).



## CAPÍTULO II

### **Hacia un cambio de paradigma. El enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP)**

Tras haber explicado en el capítulo anterior los avances positivos que se han producido en los servicios gerontológicos a lo largo de la historia y los nuevos retos a los que nos afrontamos los diferentes profesionales debido a las necesidades y demandas surgidas en torno a las personas mayores, en este segundo capítulo trataremos de profundizar en el nuevo enfoque de atención que está implantándose en España en la última década.

Se pretende ofrecer una visión global en lo que al enfoque de atención centrada en la persona se refiere, donde se abordarán las siguientes cuestiones: cuándo tiene origen la ACP, quién ha sido su precursor, qué es la ACP y qué implica la implantación de este enfoque. Finalmente, se pretende ofrecer una serie de recursos clave que favorecen su desarrollo.

#### **1. Origen de la Atención Centrada en la Persona**

La primera vez que se utilizó el término de Atención Centrada en la Persona, denominada entonces terapia centrada en el cliente o terapia no directiva, fue en la primera mitad del siglo XX con la aparición de la psicología humanista— “enfoque que plantea que el hombre es un ser esencialmente bueno y que busca su felicidad y su autorrealización” (Arias, 2015: 142) —. Su precursor, Carl Rogers, publicó en 1951 el libro *Terapia Centrada en el Cliente* (Moreira, 2007: 165-166).

La terapia centrada en el cliente contempla que la persona es la mejor conocedora de sus dificultades, ya que posee medios para su auto-comprensión y para cambiar el concepto de sí mismo, de las actitudes y el comportamiento. Además, Rogers insistía en la importancia de modificar el seudónimo de paciente por el de cliente. Esta transformación va más allá del mero nombre ya que, por un lado, implica concebir a la persona como sujeto libre y por tanto participe de su terapia (Martínez, 2015: 60), y por otro lado la consideración de que una persona con alteraciones psicológicas no está “enferma” (Arias, 2015: 146).

Dicho lo cual, la función del terapeuta no debe ser otra que la de proporcionar recursos que favorezcan las actitudes psicológicas positivas para que sea la propia persona quien a través de los medios que posee pueda perfilar dichos cambios. Por ello, Rogers incide en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del profesional en lo que a los resultados de la terapia se refiere. Dicho esto, son tres las que destaca (Martínez, 2015: 60):

- 1) La aceptación incondicionalmente positiva de la persona en búsqueda de ayuda. Aceptando a la persona tal y como es respetando el modo en la que esta vaya a manifestarse ante él;
- 2) La empatía es decir, la capacidad del profesional para ponerse en el lugar del cliente y de esta manera comprender sus vivencias;
- 3) La autenticidad o congruencia, que permiten al terapeuta el diálogo sincero y constructivo con el cliente.

Con ello, Rogers trata de superar las relaciones frías entre el profesional y el cliente —consideradas como tal hasta entonces— en las que este último es percibido como sujeto pasivo de la terapia. Trata de favorecer así una relación más estrecha y por lo tanto más humana. Estas relaciones están basadas en la confianza, la escucha activa, la empatía, el respeto hacia la libertad de la persona y, por supuesto, la participación. Donde las funciones del experto son esenciales para orientar el potencial del cliente.

“La visión de la persona y el proceso de interacción profesional/cliente de la Terapia Centrada en el Cliente han suscitado gran interés en diversos campos profesionales y este enfoque ha sido trasladado, aunque con diferentes matices, a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otros” (Martínez, 2011: 24). Dicho esto, a lo largo de las siguientes páginas se desarrollará este enfoque — denominado Atención Centrada en la Persona— aplicado al ámbito de la gerontología: “Atención Gerontológica Centrada en la Persona”.

## **2. ¿Qué es el enfoque de Atención Centrada en la Persona?**

El concepto de atención centrada en la persona se ha utilizado en numerosos ámbitos relacionados con los servicios sociales: educación, discapacidad, medicina, enfermería, terapia ocupacional, psicología, etc. Esto supone que haya tantas definiciones como contextos en los que este enfoque es aplicable, aunque si bien es

verdad coinciden en los aspectos fundamentales. En este caso, el área que nos compete es el de las personas mayores, por tanto se procura dar una definición desde el ámbito de la gerontología.

En primer lugar, cabe destacar la Ley 41/2002, que regula la autonomía de la persona, la cual muestra cierta incompatibilidad con la “forma de hacer” que ha imperado hasta el momento en las instituciones gerontológicas. En el artículo 2 establece los principios básicos: “1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad...”; 2. Toda actuación requiere el consentimiento de la persona; 3. La persona tiene derecho a decidir libremente; 4. Toda persona tiene derecho a negarse. Esto implica que todas las actuaciones destinadas al bienestar de la persona mayor deban partir desde el consenso entre la persona, las familias y los profesionales, que es lo que propone el enfoque de Atención Centrada en la Persona.

Rodríguez (2010: 9) propone la siguiente definición del enfoque ACP: “La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

Martínez (2011: 39) también propone su propia definición. “La Atención Gerontológica Centrada en la Persona puede ser definida como un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y, desde una visión más amplia, como un modelo de atención”. A continuación vamos a explicar brevemente cada una de estas tres dimensiones identificadas en que se concreta la ACP según esta autora.

- 1) Es un **enfoque de la atención** donde la persona es el centro de todas las intervenciones profesionales, realizadas desde el respeto a su autodeterminación. Comprende la dignidad de las personas, el reconocimiento a su singularidad, el respeto a sus decisiones y modo de vida y valores, desde una mirada a la capacidad.

Martínez (2013: 4) ha propuesto lo que viene a ser un decálogo con los 10 principios que a su juicio caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica: 1) “Todas las personas tienen dignidad.” Esto implica que toda persona es un fin en sí mismo y que no debe ser tratada como medio, independientemente de su

sexo, edad, raza, condición social, etc. Por tanto toda persona debe ser tratada con el mismo respeto; 2) “Cada persona es única.” Es decir, toda persona mayor es distinta una de otra, cada cual con un proyecto de vida diferente al otro; 3) “La biografía es la razón esencial de la singularidad.” Es lo que nos define como diferentes a los demás. Así pues, esto debe convertirse como referente en el plan de atención de vida de las personas mayores; 4) “Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.” Por ello hay que respetar la autonomía de las personas mayores y ofrecer recursos a aquellas que tengan un nivel de dependencia; 5) “Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.” Dicho lo cual, deberemos ofrecer los apoyos necesarios para que en la medida de lo posible, sean ellos quienes tomen las decisiones; 6) “Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.” Y es a partir de estas donde la persona mayor debe disponer de autonomía; 7) “El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo de las personas.” Por ello es necesario crear ambientes accesibles, acogedores y seguros; 8) “La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.” Para ello es necesario plantearlas en consenso con las personas mayores; 9) “Las personas son interdependientes”. Es decir, necesitamos de otras personas para desarrollarnos, dicho esto, deben facilitarse las relaciones sociales entre las personas mayores pero además, con las familias, los profesionales e incluso con el entorno social más cercano; 10) “Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.” Esto requiere que la atención sea integral.

- 2) Como **metodología** aporta técnicas e instrumentos especializados que facilitan la intervención individualizada y orientada a la persona.

Algunos autores como McCormack (2004), Edwardsson e Innes (2010), Nolan et al. (2004), Kitwood (1993,1997), Brooker (2004, 2007), Rodriguez (2010), Coyle y Williams (2001) y Chapell et al. (2007) enumeran una serie instrumentos y técnicas que facilitan la individualización en la atención e intervención con las personas mayores. La biografía como principal recurso para orientar la atención, metodologías que permitan la participación de la persona mayor en la elaboración de los planes de actuación, la intervención a través de las reminiscencias, la organización de la atención desde los bienes y preferencias de las personas, incluso recursos para modificar el ambiente físico y la organización orientados a construir un lugar de tipo “hogareño” (Martínez, 2015: 78).

- 3) Como **modelo** partiendo del reconocimiento de la dignidad de la persona, busca la autodeterminación y la mayor autonomía posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Respecto a los modelos relacionados con los servicios gerontológicos, en lo que a la atención de larga duración se refiere, comprenden dos dimensiones de actuación. Por un lado la atención personalizada, que trata de ofrecer técnicas y herramientas que faciliten la intervención individualizada y la participación de la persona , y por otro lado el ambiente, ofreciendo recursos que favorezcan un entorno seguro, cálido, confortable y accesible, donde la persona pueda sentirse como en su hogar (Martínez, 2015: 77).

Cabe destacar el concepto de bienestar subjetivo, ya que es una de las novedades de este modelo. Hasta ahora, el único bienestar que se ha considerado en relación a las personas mayores ha sido el objetivo, es decir, se ha tratado de satisfacer las necesidades fisiológicas y de seguridad exclusivamente. No obstante, si reparamos en la pirámide de las necesidades de Maslow (1943) —que están estrechamente relacionadas con el bienestar de la persona—, el autor realiza una jerarquización de estas, siendo las necesidades más básicas las que se encuentran en la base de la pirámide mientras que las de orden superior se observan en el ápice. De forma que cuando queden cubiertas las necesidades de primer orden, surgen necesidades de orden superior. La consideración del bienestar subjetivo viene a resaltar la necesidad que las personas mayores tienen de cubrir otro tipo de necesidades más allá de las fisiológicas.

Uno de los pilares fundamentales de la Atención Gerontológica Centrada en la Persona son los principios por los que se rige. Martínez (2011: 39-40) nombra los siguientes:

- Dignidad: las personas mayores tienen derecho al respeto a su diferencia y a ser tratadas de con el mismo respeto que a los demás.
- Competencia: las personas mayores tienen capacidades, independientemente de los recursos que requieran para desarrollarlas.
- Autonomía: las personas mayores tienen derecho a controlar su propia vida.
- Participación: las personas mayores tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.
- Integralidad: la persona es un ser multidimensional.

- Independencia: la persona mayor tiene derecho a mantener su independencia aunque necesite recursos para ello.
- Individualidad: todas las personas son únicas y diferentes.
- Inclusión social: las personas mayores son miembros activos de la comunidad y por tanto, tienen el mismo derecho a disfrutar de los recursos comunitarios.
- Bienestar: las personas mayores han de tener acceso a programas dirigidos al bienestar objetivo y subjetivo.
- Continuidad de la atención: las personas mayores en situación de dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan.

Por último, cabe señalar las aportaciones del enfoque ACP respecto del enfoque tradicional. Dicho esto, diferentes autores han establecido las principales diferencias, especialmente en lo que a la participación de la persona se refiere.

**Tabla 2.**

<b>Atención Centrada en la Persona</b>	<b>Atención Centrada en los servicios</b>
Parten de las capacidades y habilidades de la persona	Parten de los déficits y las necesidades, categorizan a las personas según estos
Las intervenciones se centran en todas las dimensiones de la persona y se contempla el plan de vida	Las intervenciones se centran en características concretas como las patologías, los déficits, las conductas y las alteraciones.
Las decisiones son consensuadas entre los diferentes agentes que rodean a la persona, incluyendo a esta.	La mayoría de las decisiones son tomadas por los profesionales cualificados
Se contempla a la persona dentro de su comunidad y de su entorno habitual	Encasillan a la persona en el contexto de los servicios sociales
Favorecen las relaciones a partir de experiencias comunes	Aíslan a la persona destacando sus diferencias
Surgen propuestas de actividades que favorecen nuevas experiencias y fomentan la creatividad	Las actividades se dirigen a mejorar las limitaciones o alteraciones
Tratan de mejorar la calidad de vida de las personas	Tratan de cubrir las plazas
Crean equipos de profesionales de diferente cualificación para solucionar los	Cada profesional, desde su disciplina, trata de solucionar el problema



problemas	
Responsabilizan a los que trabajan directamente con la persona facilitando la toma de decisiones	Delegan el trabajo a los profesionales que trabajan directamente con las personas
Se organizan espacios de comunicación donde se incluye a la persona, familiares amigos y profesionales	Se organizan reuniones exclusivamente para los profesionales
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal	Responde a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo
Los servicios y la organización tratan de responder a las necesidades individuales	Los servicios y la organización responden a los intereses profesionales
Se fomenta la innovación	Se dificulta la innovación
Los profesionales utilizan un lenguaje familiar	Los profesionales utilizan tecnicismos

*Modelo de Atención Centrada en la Persona VS Modelo de Atención Centrado en el Servicio*

Fuente: Martínez, 2015.

En vista de lo recogido en la tabla anterior, Rodríguez (2010:10) insiste en “la necesidad de propiciar que se realice un cambio de paradigma hasta llegar a un nuevo modelo de atención integral centrada en la persona que resulte válido para las personas que requieren apoyos para desarrollar su autonomía personal y para mejorar su independencia, cualquiera que sea su edad. Para ello se debiera organizar los servicios y planificar las intervenciones de manera que se avance en una atención integral y personalizada, que, para serlo, debe ser diversa, flexible, accesible, coordinada y continuada”

Sin embargo, todo cambio implica la necesidad de superar ciertos obstáculos. Martínez (2011: 42) propone una serie de premisas que deben dirigir todo tipo de actuación:

- La atención personalizada debe realizarse desde la autonomía y la independencia.
- Respeto de lo privado, lo íntimo y la confidencialidad.
- Es necesario observar y atender lo propio, lo significativo y lo cotidiano de la persona.

- Hay que incluir a los familiares y amigos como conocedores de las personas mayores y por tanto reconocer sus funciones.

Si bien estas premisas pueden parecer obvias, es cierto que la rutina en la que están inmersos los profesionales de atención directa hace que puedan pasar desapercibidas.

Por otro lado, la autora plantea las demandas que implica este modelo:

- Nuevos conocimientos y competencias profesionales. Aporta un nuevo “modo de vida” en la práctica profesional que requiere de competencias específicas de cada disciplina, pero también, de otras transversales y comunes a todo el equipo profesional que permitan a la persona mayor ejercer su autonomía.
- Para poder proporcionar una atención individualizada, deben plantearse propuestas flexibles y adaptadas a cada persona dejando de lado “recetas” que puedan aplicarse a un conjunto de personas.
- Los equipos profesionales deben ser creativos para conseguir la implicación de los participantes.

Rodríguez (2013: 97-98) amplía estas demandas y añade aquellas que están relacionadas con el entorno y el espacio físico. Incide en la importancia de la ubicación en un entorno comunitario que facilite las relaciones sociales y propicie ambientes semejantes a los de un hogar que favorezcan la autonomía, el descanso, la familiaridad, las relaciones personales y la intimidad.

### **3. Recursos clave para una atención individualizada**

La función principal del enfoque de Atención Gerontológica Centrada en la Persona es la planificación de la atención individualizada desde el respeto a la autonomía, para lo cual se requiere de la participación de la persona en su programación. Además de una serie de recursos metodológicos que faciliten la planificación de la misma.

A lo largo de este último apartado nos detendremos brevemente en dos propuestas metodológicas que son imprescindibles para lograr una atención individualizada: el plan de atención y vida y el profesional de referencia.

### **3.1. Plan de atención y vida (PAyV)**

Todos los seres humanos a lo largo de nuestro desarrollo y maduración nos planteamos una serie de propósitos que queremos lograr en la vida y todas nuestras creencias, valores y acciones están dirigidas a alcanzar dichos propósitos. Dicho esto, el proyecto vital puede definirse como la dirección por la que una persona opta para su propia existencia.

Martínez (2011: 48) describe el proyecto de vida de la siguiente manera: “es la forma que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia, para conseguir nuestras metas y deseos en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social: el trabajo, la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y aficiones, etc.”.

Es decir, toda persona se plantea su existencia, independientemente de sus características —edad, autonomía, capacidades, etc.—. El hecho de que algunas personas mayores necesiten de alguna institución gerontológica de manera temporal o definitiva no significa que hayan dejado de tener un proyecto de vida. Es más, cabría destacar que muchas de las personas que requieren de estas instituciones tienen altas expectativas, sin embargo la mayoría, —después de una temporada en estas— ven mermadas sus expectativas y les surge un sentimiento de frustración, pues para continuar con su proyecto vital requieren de recursos personales, materiales, organizativos, etc., de los que no disponen. Por todo ello, el enfoque de atención gerontológica centrada en la persona pone de manifiesto la necesidad de crear un plan de atención y vida en el cual sea la persona, junto con otros profesionales, quien decida sobre su propia vida.

Los planes de atención suponen una de las principales estrategias para propiciar una atención individualizada. Esta debe ser consensuada entre la persona objeto de la atención, familia, amigos y los diferentes profesionales. Además, es fundamental que —entre otras cosas— se priorice la realización del plan de atención y vida al momento en el que la persona ingresa en la residencia por dos cuestiones esenciales: en primer lugar porque se trata de acoger a la persona ofreciéndole seguridad y confianza con el objetivo de facilitar su adaptación de la mejor manera posible a su nuevo “hogar”; y en segundo lugar porque supone para los profesionales una fuente de información significativa para propiciar una atención individualizada.

En esta línea, Mount (1990) nombra la importancia de los grupos de apoyo para la obtención de información significativa sobre las personas implicadas en la atención e intervención. Los grupos de apoyo y consenso están formados por un número reducido de personas: la persona mayor, su familia y amigos, y diferentes profesionales. A partir de los cuales —mediante la información recabada— se realiza el plan de atención y vida. Cabría añadir, que dentro de este grupo de apoyo podrían incluirse aquellos recursos organizativos y materiales que facilitan la autonomía de la persona.

Dicho lo anterior, Martínez (2011:59) propone el plan de atención y vida como una propuesta de intervención donde hay varias personas implicadas —siendo principal la persona mayor—. A través del plan de atención y vida, la intervención no se limita a satisfacer las necesidades básicas, sino que trata de programar la intervención en función del proyecto vital de la persona. Algunos de los aspectos que deben incluirse en el plan de atención y vida son los siguientes: Independencia/dependencia, autonomía/heteronmía, relaciones sociales, intereses, y deseos y preferencias para la gestión de su vida cotidiana.

La realización del PAyV requiere una serie de fases (Díaz-Veiga, Martínez, Rodríguez y Sancho, 2015: cuaderno 7). En primer lugar, se trata de realizar una valoración integral de la persona y su entorno, a partir de la cual se elabora una propuesta inicial del PAyV a través del diálogo y consenso teniendo en cuenta la biografía, necesidades, intereses y deseos de la persona. En segundo lugar, a través del acompañamiento se pone en marcha el plan de atención y vida, donde juega un papel fundamental el profesional de referencia —del que trataremos más adelante—. Finalmente, se evalúa el plan, y a partir de ahí se introducen nuevas propuestas para proporcionar la mejora continua.

En definitiva, el plan de atención y vida no se restringe a las limitaciones o posibles afectaciones de la persona, sino que recoge las capacidades de cada quien para que a través de estas puedan proponer y alcanzar los objetivos que se plantean. El plan de atención y vida debe concebirse como un proceso continuo, abierto y participativo donde a través del diálogo se marquen las pautas de actuación.

### 3.2. Profesional de referencia

El profesional de referencia no es otra figura que la de los profesionales que trabajan en la atención directa con las personas mayores en los servicios gerontológicos, es decir gerocultores o cuidadores, también llamados auxiliares de enfermería —si bien el rol de profesional de referencia lo puede asumir otro profesional del equipo técnico o incluso directivo—. Además de la función asistencial que han llevado a cabo hasta este momento, se les han propuesto nuevos roles. Bermejo, Mañós, Martínez, Díaz y Sánchez (2014: 175) añaden las siguientes funciones: desde ofrecer confianza a la persona, velar por su bienestar, planificar y procurar una atención personalizada; hasta coordinar las actuaciones del resto de profesionales que se dedican a la atención directa con las personas mayores, así como, hacer de interlocutor con profesionales de mayor cualificación en situaciones que lo requieran.

Por tanto, el profesional de referencia será el responsable del apoyo personalizado a cada usuario, en el día a día, desde un acompañamiento continuado y se ocupará de una forma especial de varias personas mayores, siendo el número habitual entre 3 y 7 (Díaz-Veiga, Martínez, Rodríguez y Sancho, 2015: cuaderno 5).

Como profesional de referencia, desempeña un papel esencial en lo que a la confianza y el apoyo emocional de la persona se refiere, por ello debe poseer las siguientes cualidades: ha de ser empático, mostrarse cercano a las personas, ha de ser una persona interesada y estar a disposición de la persona mayor y su familia (Martínez, 2011: 64). Estas cualidades, más allá de ser aprendidas, son propias de aquellos profesionales que se ofrecen a las personas mayores por vocación.

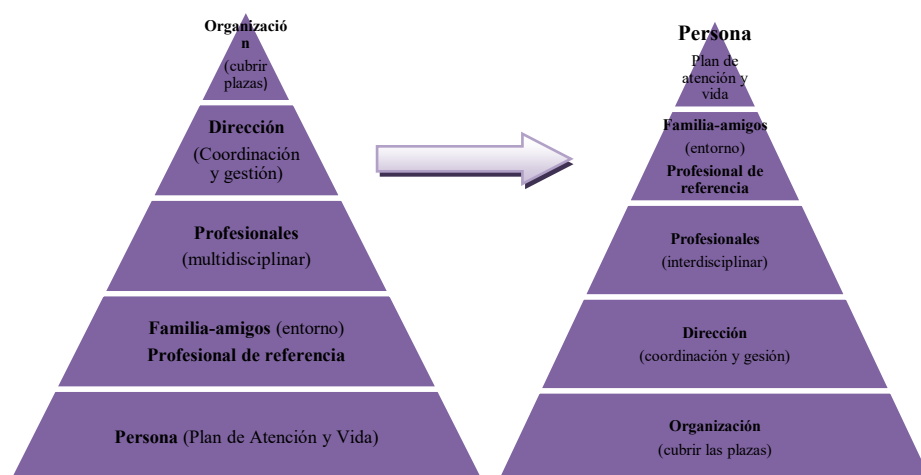
Al tratarse de una figura referente para la persona, ha de ser aceptada por esta, puesto que “[l]os profesionales no somos todos iguales, somos diversos, no tenemos las mismas habilidades y capacidades; buscar la *sintonía entre profesional de referencia y persona usuaria* es algo importante de cara a lograr vínculos de confianza, condición esencial de toda relación asistencial” (Martínez, 2011: 64). Dicho esto, los profesionales han de ser flexibles respecto a los cambios y ajustes que puedan producirse en la asignación de la figura de referencia.

Además convendría señalar dos aspectos que, si bien pueden parecer obvios, son fundamentales para lograr el éxito entre la persona y la figura de referencia. En primer lugar el profesional de referencia también ha de aceptar a la persona de la que será

responsable con el objetivo de conseguir una armonía entre ambos, puesto que de lo contrario puede dar lugar a la mala praxis al concebir a la persona como medio en lugar de como fin. No podemos olvidar que cuando dedicamos nuestro tiempo a trabajar con y para las personas, nuestro fin último son las personas. Y en segundo lugar —que deriva de la concepción anterior— el profesional de referencia debe ofrecerse para cumplir esta labor. Esto supone trascender al conocimiento, las habilidades y capacidades, ya que mientras estas pueden ser aprendidas o adquiridas, la vocación es una inclinación que surge desde el interior. Dicho esto, no todos los seres humanos tenemos la disposición y sensibilidad para poder empatizar con las personas mayores.

A lo largo de este capítulo se han señalado los beneficios que aporta el enfoque de atención centrada en la persona. Sin embargo, su implantación supone en definitiva la necesidad de llevar a cabo realmente un cambio no sólo en el paradigma asistencial, sino en definitiva un cambio de cultura organizacional. Esto nos lleva a reconsiderar no solo la organización de la asistencia en los servicios gerontológicos o las funciones de los profesionales, sino un cambio sustancial en las creencias, valores y actitudes que guían el cuidado y asistencia a las personas mayores.

A modo de conclusión, se propone invertir la pirámide de jerarquía, en la que, hasta el momento, es la organización la que se encuentra en el vértice superior, mientras que la persona se sitúa en la base. Esta nueva clasificación por niveles propone a la persona como eje central para ir descendiendo en función de las personas de referencia. Dicho esto, la pirámide quedaría de la siguiente manera:



La transformación de una organización a este nivel supone conocer las implicaciones, dificultades, consecuencias y beneficios que conlleva, pero sobre todo el convencimiento —por parte de la dirección— de llevarlo a cabo, porque de ellos depende principalmente su implantación.

Sin embargo, el convencimiento es solo el principio del proceso para el progreso. Dicho lo cual, a partir de este momento se trata de planificar una serie de actuaciones: en primer lugar se trata de sensibilizar a los profesionales sobre el por qué de la necesidad del cambio; en segundo lugar, se requiere de un plan de formación en el que se explique en qué consiste la implantación del enfoque de atención centrada en las personas y ofrecer recursos para llevarlo a cabo; en tercer lugar, es necesario establecer un nuevo rol entre los profesionales —especialmente de aquellos que se dedican a la atención directa— y capacitarlos para asumir este nuevo papel. Además para que esta transformación sea efectiva, se debe fomentar la implicación y participación de los diferentes contextos sociales —familia, amigos, fundaciones y otras instituciones—





## **CAPÍTULO III:**

### **Propuesta formativa de sensibilización**

Una vez explicado el enfoque de atención centrada en la persona y habiendo detectado una serie de necesidades para su implantación, a lo largo de este último capítulo se pretende ofrecer una propuesta metodológica basada en la experiencia vivencial y reflexiva como principal instrumento de sensibilización y formación. En primer lugar, se ofrece una breve explicación de las metodologías que se emplearán para elaborar la propuesta formativa de sensibilización. En segundo lugar, se tratará de explicar las rutinas diarias a las que se someten las personas mayores en las instituciones residenciales y el papel que adoptan los profesionales de atención directa frente a las mismas. Y finalmente, se propone un plan formativo para la toma de conciencia por parte de dichos cuidadores que tiene como elemento innovador en empleo de la metodología basada en las vivencias.

La propuesta que se plantea a lo largo de este capítulo se dirige a los profesionales que trabajan en la atención directa con las personas mayores. La selección de estos profesionales se debe, por un lado, a la incompleta formación teórico-práctica que poseen —puesto que se trata de una categoría profesional que hasta el momento no ha requerido de cualificación. Tal y como señala Tejada (2009: 2) se produce un vacío en este ámbito social debido a la falta de preparación, la difusa conceptualización de los servicios, la desregularización del sector, la usencia de definición de perfiles profesionales, la carencia de títulos y cualificaciones profesionales en correspondencia a las exigencias sociolaborales de nivel medio y superior y la inconcreción de sistema de acreditación y reconocimiento en el sector cuando existe mucho aprendizaje adquirido a través de la experiencia. — y, por otro lado, porque son los profesionales que tienen relación directa y continuada con las personas mayores y por tanto —junto con la familia y amigos— son los principales conocedores de estas.

## **1. Metodologías experienciales**

A lo largo de este apartado, nos detendremos brevemente en desarrollar la metodología de la experiencia de aprendizaje mediado y el aprendizaje experiencial, como propuestas metodológicas para la programación del plan formativo de sensibilización con los profesionales de atención directa. Se plantea como una necesidad formativa previa a lo que después podría ser el programa de capacitación de los profesionales de referencia en el proceso de implantación del enfoque ACP en las instituciones gerontológicas.

### **1.1. Experiencia de aprendizaje mediado**

La experiencia de aprendizaje mediado surge en 1978 de la mano del doctor Reuven Feuerstein. Si bien esta fue planteada como metodología de enseñanza en las escuelas, puede llevarse a cabo en diferentes contextos de formación.

A través de esta propuesta metodológica se pretende un aprendizaje significativo e intencionado por parte del alumno. El autor nombra una serie de elementos que serán determinantes para su adquisición (Noguez, 2002:137):

- El “puenteo”. Se trata de que la persona aplique a otros contextos el aprendizaje adquirido en una determinada situación. Esto permite que la persona acceda a su experiencia para favorecer la adquisición de los nuevos aprendizajes. Es decir, se trata de realizar una conexión entre la información que ya posee y el nuevo aprendizaje.
- La motivación intrínseca; pero, además, en el caso que nos atañe, cabría añadir la motivación trascendente, puesto que nos dirigimos a las necesidades de las personas.
- Procesos metacognitivos como facilitadores de la adquisición de nuevos aprendizajes.

A través de esta metodología es el mediador quien debe provocar situaciones relativamente complejas en función del nivel de competencia de los aprendices, procurando orientarles hacia la curiosidad intelectual promoviendo la creatividad, proponiendo actividades que fomenten la participación activa, estimulándoles hacia el

desarrollo y la superación de los obstáculos propuestos, incentivándolos en su potencial y capacidad de superación de nuevas situaciones y complejas, etc. Orrú (2003, 44-45).

De acuerdo con Reuven Feuerstein (1988: 70-76) son tres las principales formas de interacción para conseguir una adecuada mediatización:

- 1) Intencionalidad: el mediador debe lograr que el mediado sea consciente de los cambios que se producen en la intencionalidad de su trabajo dependiendo de los estados emocionales y las operaciones cognitivas que utiliza en cada momento. El alumno debe distinguir las acciones que debe realizar en cada momento para alcanzar los objetivos que junto con el mediador se ha propuesto. Además debe identificar ante qué factores su intención o motivación aumenta y ante cuales disminuye con el fin de modificar sus actuaciones. El mediador por su parte también deberá lograr dichas habilidades para poder adaptar las estrategias que utiliza en la interacción.
- 2) Mediación del significado: la interacción entre el mediador y el alumno facilita la atribución de significados a conceptos, fenómenos o problemas de aprendizaje, ya sea a través de la observación, el registro, la comprensión o experimentación. La atribución del significado es esencial para convertir una experiencia o contenido aislado en algo relevante al asociarlo con los conocimientos que ya posee, consiguiendo una reestructuración de sus esquemas mentales.
- 3) Principio de transcendencia: la calidad de la mediación dependerá de la capacidad del mediador para utilizar estrategias a través de las cuales despierte el interés del aprendiz de tal manera que deba ir más allá de la experiencia de aprendizaje transfiriendo el conocimiento adquirido a situaciones diversas.

A partir de estos tres elementos y a medida en que el aprendiz es permanentemente mediado según sus aptitudes y necesidades de aprendizaje, podrá experimentar un desarrollo de su cognición, logrando un incremento en las habilidades específicas para poder enfrentarse a diversas situaciones.

A modo de conclusión podría decirse que la experiencia de aprendizaje mediado se basa en la interacción triádica entre estos tres componentes: el mediador, el mediado y su entorno. En el que el mediador ofrece una serie de estrategias para despertar el interés del mediado hacia un estímulo determinado y este, a través de la atención y

motivación, asimile su significado. Para que se produzca un aprendizaje real el alumno deberá ser capaz de trasladar ese conocimiento a otras situaciones.

## **1.2. Aprendizaje basado en la experiencia**

Son numerosos los autores que teorizan a cerca del aprendizaje basado en la experiencia, entre los cuales se encuentran Ackoff, Dewey o Piaget. Estos defienden una metodología en la que los aprendices deban participar activamente en su propio proceso de aprendizaje puesto que “se aprende haciendo” (Rivera, 1996). Kolb (1984), por otra parte, trata de perfeccionar las propuestas de los autores anteriores a través del ciclo de aprendizaje experiencial. Si bien para este autor la experiencia juega un papel fundamental en el proceso de aprendizaje, no es suficiente, puesto que debe ser acompañado del procesamiento de la información recibida. Dicho esto, se puede partir de una experiencia directa y/o concreta —en el caso que nos atañe podría ser una rutina concreta como el aseo, la alimentación o actividades— o bien abstracta —lectura de un libro sobre la asistencia en las rutinas a las personas mayores—. Estas experiencias se transforman en conocimiento cuando son elaboradas a través de dos formas: la reflexión o experimentando de forma activa con la información recibida. Dicho lo cual, el autor afirma que el aprendizaje experiencial influye en el aprendiz mejorando la estructura cognitiva y modificando las actitudes, valores, percepciones y patrones de conducta (Fernández, 2015: 137), que es lo que en este caso se pretende conseguir como paso previo para la progresiva implantación del enfoque de atención centrada en la persona.

En definitiva, estos autores consideran que a partir de la participación activa, significativa y experiencial se construyen los nuevos conocimientos. Esto es, “solo cuando el aprendizaje es relevante surge la intención deliberada de aprender” (Ausubel, 1976: 259)

Dentro del aprendizaje basado en la experiencia cabría destacar como instrumento los denominados “juegos de empresa”.

Cuadrado, Fernández y Carrasco (2010: 63) definen los juegos de simulación de la siguiente manera: “[...] son actividades orientadas hacia una meta cuyos contenidos y procesos están íntimamente relacionados con alguna competencia general o específica,

mediante la aplicación de una serie de instrucciones que los participantes deben seguir para que el juego sea eficaz.”

Por otro lado, los juegos de empresa se definen como la forma de tomar decisiones en diferentes etapas a través de la ficción (Rodríguez, 1975). Es decir, se trata de que cada profesional adquiera un rol determinado y junto con el resto de los profesionales vayan tomando decisiones a lo largo de las diferentes etapas de la simulación con la ventaja de poder vivenciar las consecuencias de dichas decisiones y observar los resultados.

Esta metodología no solo nos permite reproducir lo que en la vida real se realizaría en una determinada empresa, sino que la experiencia vivida nos brinda la oportunidad de descubrir nuestras capacidades y limitaciones, así como las fortalezas y debilidades, ofreciéndonos un aprendizaje consciente a través de la reflexión sobre estas.

Se considera la complementación de ambas propuestas metodológicas puesto que, si bien es cierto que se aprende haciendo, se requiere de una persona mediadora que facilite el proceso y las herramientas adecuadas para la adquisición de los aprendizajes.

## **2. Las rutinas en las instituciones residenciales**

A lo largo de este apartado se pretende explicar las labores que hasta el momento están realizando los profesionales de atención directa en las instituciones gerontológicas que responden todavía al paradigma médico-asistencial, mayormente. Así como las rutinas a las que están sometidas las personas mayores con mayor o menor grado de dependencia y cómo convergen dichas labores entre el cuidador, la persona mayor y su autonomía.

### **2.1. La experiencia de un día como cuidador**

La jornada laboral comienza a las 8 de la mañana. En primer lugar, los profesionales intercambian información sobre los aspectos más significativos que han tenido lugar en el turno anterior. Después, cada profesional pasa a ser responsable de un determinado número de personas, que varía en función de la capacidad de la institución

pudiendo ser de entre 8 y 15 residentes. De 8 a 9 de la mañana, el primer cometido del cuidador es despertar a las personas que le han sido asignadas y colaborar con ellas en el aseo y el vestido. Una vez finalizada dicha tarea, entre las 9 y las 9:30 los usuarios acuden a desayunar y el cuidador colabora con aquellos que tienen mayor grado de dependencia. Además, se les administra la medicación.

Tras finalizar los desayunos, los usuarios vuelven a las habitaciones para realizar la higiene bucodental—con ayuda del cuidador en el caso de quienes la requieran— y ponerse la ropa adecuada para las actividades que tienen programadas, mientras otros profesionales cuidadores recogen el comedor. A las 10 acuden a las actividades de diversa índole en función de las afectaciones o necesidades del residente. Así pues, algunos usuarios tienen pautadas terapias ocupacionales donde trabajan la estimulación cognitiva y motriz, principalmente. Las actividades duran aproximadamente una hora. Después, las personas mayores disponen de tiempo libre para realizar actividades de ocio que suelen concretarse en: paseos, juegos de cartas o bingo, ver la tv, etc. Es decir, no hay variedad de actividades y, lejos de ser significativas, únicamente son para “pasar el rato”. Aquellas personas con un mayor grado de dependencia suelen ocupar sus habitaciones, ocasionalmente acompañados por algún familiar o amigo. Sin embargo, no se realizan actividades con estas personas, más allá de las fisioterapéuticas. Los profesionales exclusivamente atienden sus necesidades más básicas como puede ser el aseo, cambio de pañal, cambios posturales con el objetivo de prevenir las úlceras y ofrecer la alimentación ya sea por vía oral o por sonda.

Sobre las 12:30-13 los pacientes acuden a comer. Después, se vuelve a realizar la higiene bucodental con el necesario apoyo para quienes lo requieran. Hasta las 16 los usuarios disponen de tiempo para el descanso o bien para pasear o ver la tele, mientras que los cuidadores se dedican a preparar la merienda o bien cumplimentar hojas de registro de las actividades y necesidades básicas de las personas. A las 16:15 realizan la merienda y una vez finalizada disponen de tiempo libre hasta la hora de cenar. En ocasiones se programan actividades lúdicas o acuden voluntarios con el objetivo de ofrecer acompañamiento a la persona mayor.

Hacia las 19:30 los cuidadores preparan el comedor para repartir las cenas y sobre las 20-20:30 los usuarios acuden a cenar. Una vez hayan finalizado, las personas acuden a sus dormitorios, mientras que los profesionales colaborarán con aquellas personas que

requieran de ayuda tanto para el aseo como para acostarse. A lo largo de la noche los cuidadores entrarán en las habitaciones de aquellas personas que requieran de cambios posturales, cambios de pañales o administración de medicación y para colaborar con aquellos que soliciten ayuda para ir al baño.

Como se ha podido observar a lo largo de este apartado, todas las actividades están programadas y son inamovibles, por tanto los profesionales de atención directa apenas disponen de tiempo para realizar un trato personalizado con cada persona. Lejos de parecer una organización que dispone sus servicios a la persona, podría asemejarse a las actividades productivas de una fábrica de trabajo en cadena que trata de alcanzar los objetivos cumpliendo los horarios según los procesos establecidos. Dicho lo cual, se dejan de lado aspectos fundamentales como la empatía, la escucha activa, las emociones, etc., de modo que dificulta la atención personalizada y sobre todo la dedicación de tiempo a la persona mayor.

Además, y para concluir, cabe destacar dos aspectos fundamentales que deben ser modificados y que requieren de un plan de sensibilización para la toma de conciencia por parte de todos los profesionales que componen la organización, y muy especialmente de aquellos profesionales que se dedican a la atención directa. Todo ello con el fin de propiciar la atención personalizada de las personas mayores basada en su biografía, sus deseos, sus gustos y sus necesidades particulares, tal y como plantea el enfoque ACP.

En primer lugar, la rigidez de los horarios establecidos tanto para los profesionales cuidadores como para las personas mayores. Puesto que todas las actividades, tanto las rutinarias como las lúdicas o terapéuticas, son estrictamente establecidas por la organización dificultando la flexibilidad y la atención personalizada. Además, las actividades propuestas están programadas en función de las dificultades, carencias o limitaciones, y asumen por tanto un carácter y finalidad terapéuticos, en lugar de ofrecer actividades significativas para las personas mayores que busquen su disfrute y bienestar subjetivo. Si el principal objetivo de las instituciones gerontológicas, además de ofrecer asistencia en las necesidades básicas, es la de fomentar la autonomía de las personas, los usuarios deberían ser partícipes de todas las acciones de su vida cotidiana, tanto en su programación como en su desarrollo.

En segundo lugar, las personas mayores se enfrentan a una serie de dificultades una vez dejan sus hogares e ingresan en las instituciones gerontológicas. Si bien es verdad que muchas de ellas tienen algún tipo de dependencia que les obliga a recurrir a estos servicios, otras deciden ingresar voluntariamente no siendo dependientes, ya sea por la aparición de un sentimiento de soledad, porque realmente están solos o bien porque no disponen de los recursos que ellos creen necesarios para llevar la vida que les gustaría en su propio hogar. Pero estas últimas, a priori, no tienen una afectación o dolencia que les impida ser autónomos y tomar sus propias decisiones, por lo tanto podrían llevar una vida semejante a la que tenían hasta el momento, es decir, disponer del mismo horario para el cumplimiento de las acciones rutinarias, realizar tareas del hogar, cocinar, ofrecer ayuda a otros usuarios, dedicar su tiempo a los animales o plantas, etc. Además de actividades de otra índole como puede ser el uso de tecnologías, lectura, música, etc. en cualquier caso, autónomos o no, todas las personas residentes deberían poder optar a elegir y realizar actividades satisfactorias y significativas para ellas, que enlacen con sus intereses y conecten con su biografía, que les reporte un placer y no siempre ni únicamente un beneficio terapéutico.

Respecto a las personas que poseen un mayor grado de dependencia y requieren de ayuda para cubrir sus necesidades más básicas, es preciso tener en cuenta además la experiencia de invasión de la intimidad y sobreexposición de las propias debilidades y carencias frente a desconocidos en quienes se ven obligados a confiar su seguridad y bienestar. También es necesario reconocer el sentimiento de culpa que muchas veces experimentan estas personas, en parte por esa sensación de no ser útiles al requerir ayuda para realizar las actividades más básicas de su vida cotidiana. Esto puede derivar además en la vergüenza y pudor que pueden sentir al tener que ser asistidos en las labores de aseo, en los cambios de pañal o para vestirse, lo que supone otra vez una invasión de la intimidad. Además, algunos de los profesionales, ya sea porque están sumidos en el cumplimiento de sus labores o en ocasiones por falta de empatía, no son conscientes de la angustia que supone para la persona mayor la necesidad de recurrir a otras personas reconociendo que necesitan ayuda en las necesidades más básicas e íntimas de su propia vida.

Dicho lo anterior, volvemos a pensar en las necesidades que pueden surgir a nivel formativo y de capacitación profesional ante la posibilidad de implantar el enfoque ACP en una institución gerontológica. Vemos que el cambio que se requeriría es integral,



empezando por la cultura organizacional y el paradigma asistencial en uso. Son los profesionales los principales responsables del éxito o no del proceso de implantación de este enfoque. Tal y como se ha explicado en el trabajo, son los directivos los que se espera que asuman ese papel de líderes en el cambio. Pero son especialmente los profesionales de atención directa en quienes recae la principal responsabilidad a la hora de entender, asumir y desarrollar las nuevas prácticas asistenciales que plantea la ACP. Cabría pensar entonces que para lograr ese cambio cultural —de creencias, valores, actitudes, sentimientos, etc. — tan necesario en los profesionales de atención directa, un primer paso podría ser el de suscitar una toma de conciencia acerca del rol que desempeñan, el nuevo rol que están llamados a desempeñar, y sobre todo de la persona a la que se dirigen sus prácticas asistenciales. Toda modificación supone la adquisición de nuevos conocimientos, aptitudes y actitudes que requieren de un plan de sensibilización y formación. Así pues, a lo largo del siguiente apartado se ofrece una serie de herramientas con el objetivo de facilitar la sensibilización de aquellos profesionales que se dedican a la atención directa de las personas mayores.

## **2.2. Plan de sensibilización para la formación de los profesionales de atención directa**

Como ya se ha ido explicando a lo largo del presente trabajo, la implantación de un nuevo enfoque supone la comprensión, aceptación y conocimiento del mismo. Además, requiere de una serie de modificaciones en las creencias, aptitudes y actitudes. Todo ello conlleva la necesidad de sensibilizar y formar a los diferentes profesionales que se enfrentan a este nuevo reto.

Dicho esto, a lo largo del último apartado se pretende ofrecer una serie de herramientas con el objetivo de sensibilizar a los profesionales que se dedican a la atención directa de las personas mayores sobre la necesidad de una atención personalizada, así como de la mejora y/o desarrollo de la empatía, la escucha activa y la observación, consideradas cualidades fundamentales para el trato con las personas.

### 3. Programación

#### — Justificación

El programa de formación para la sensibilización se dirige a los profesionales que trabajan en las instituciones gerontológicas y que se encuentran en la atención directa con las personas mayores —gerocultores y/o auxiliares de enfermería—.

Si bien —como ya se ha comentado a lo largo de este capítulo— la dirección es quien debe apostar y estar convencido sobre el cambio y será decisión de esta su implantación, dependerá de los profesionales cuidadores que su establecimiento se desarrolle de la mejor manera posible. A partir del contacto directo y continuo que estos profesionales mantienen con las personas mayores se generan una serie de vínculos afectivos entre “cuidador” y “cuidado” que favorece la apertura y confianza entre ambos. Del mismo modo, la continua interacción es una fuente de información privilegiada, a través del cual se puede obtener nuevas propuestas, intereses, necesidades, proyectos, etc.

Además, dependiendo de las creencias, actitudes y aptitudes que posea el gerocultor desempeñará un rol u otro. Esto traerá consigo una serie de consecuencias tales como: favorecer la autonomía o de lo contrario obstaculizarla; anteponer los intereses de la persona mayor sobre los propios o cumplir exclusivamente con las mínimas exigencias que le son cometidas; concebir a la persona mayor por sus capacidades o en contraposición por sus enfermedades o limitaciones. En definitiva, la concepción de las personas mayores como sujetos con potencial de crecimiento y perfeccionamiento radica en el modo en que los profesionales de atención directa desempeñan sus funciones.

#### — Objetivos

*Hazlo con ellos y no por ellos*

##### Generales

- Ofrecer colaboración sin limitar la autonomía
- Adecuar las intervenciones a sus rutinas, valores, intereses y necesidades

### Operativos

- Adquirir nociones sobre la ACP
  - Conocer que es el enfoque de Atención Centrada en la Persona
  - Conocer las consecuencias de su implantación
- Adquirir herramientas para favorecer la atención individualizada
  - Conocer el plan de atención y vida
  - Trabajar en equipo junto con la persona mayor así como con su familia, amigos y otros profesionales
- Ser capaces de ponerse en el lugar de otra persona
  - Desarrollar la escucha activa
  - Comprender los estados mentales de otras personas
  - Responder adecuadamente a los estados mentales de otras personas.

### — Metodología

La propuesta metodológica se basa en los juegos de empresa. La selección de dicha metodología se corresponde con el objetivo de fomentar la empatía. Dicho esto, los profesionales deberán asumir un rol determinado, a través del cual deberán emplear estrategias de toma de decisiones durante los diferentes procesos de la experiencia. De modo que algunos de los profesionales realizarán las funciones propias de su trabajo —actuando como lo hacen habitualmente— mientras que los otros adoptarán el papel de personas mayores a partir del cual, se verán inmiscuidos en una serie de vivencias en las que se espera tomen conciencia de sus funciones y especialmente de quiénes son realmente las personas a las que se cuida —no sólo asiste— y sus necesidades concretas. Con el fin de que todos los participantes experimenten ambas posturas se irán invirtiendo los roles.

El fin último que se pretende a través de la metodología basada en los juegos de empresa es generar la reflexión individual y colectiva —a partir de las experiencias vividas— sobre las personas implicadas en el proceso de cuidado y el rol o funciones que cada parte debe asumir.

— Secuenciación temporal de las sesiones y estructuración grupal

La aplicación del plan de formación para la sensibilización, al tratarse de una propuesta, es susceptible de posibles modificaciones y de flexibilizarse en función de la casuística de la institución concreta y de las necesidades que vayan surgiendo.

La aplicación del programa se realizará en la propia institución residencial, se llevará a cabo a través de cuatro sesiones entre la formación teórica y la experiencia vivenciada, en las que se estima cuatro horas de duración para cada sesión. Puesto que se trata de que todos los profesionales que trabajan en la atención directa con las personas mayores participen en la formación, habrá una misma sesión a la mañana y a la tarde. La duración del programa con un grupo determinado será de un mes y las sesiones tendrán lugar un día a la semana. El plan formativo se llevará a cabo tantas veces como sea necesario para que puedan participar todos los empleados que pertenezcan a una misma institución residencial.

Esta propuesta está planteada para un número reducido de personas con el fin de mediar adecuadamente el proceso y poder individualizar las experiencias a las necesidades de cada participante. Dicho lo cual, se estima que el número adecuado sea de 4 grupos de parejas, en el que cada componente de la pareja asumirá un rol diferente.

La secuenciación de las sesiones —pudiendo someterse a posibles cambios— quedará determinada de la siguiente manera:

- Sesión I: se trata de una sesión informativa en la que se expondrán los objetivos y la metodología, así como, la introducción al enfoque de Atención Centrada en la Persona, además de la asignación de los grupos. Su duración será de cuatro horas.
- Sesión II y III: en ella se llevará a cabo los juegos de empresa. Su duración será de cuatro horas. Durante la primera media hora se rellenará la hoja de reflexión previa a la experiencia. Después, se destinará una hora a la puesta en práctica de la vivencia y tras su finalización se invertirán el rol para volver a realizar otra experiencia, la cual durará otra hora. Una vez finalizadas las actividades experienciales se destinarán cuarenta y cinco minutos para rellenar la segunda hoja de reflexión post-experiencia. Durante los últimos quince minutos se resolverán dudas y/o se plantearán nuevas propuestas.

El motivo por el cual se estiman dos sesiones para llevar a cabo los juegos de empresa, es para ofrecer la oportunidad de experimentar por parte de los profesionales diferentes rutinas a las que se ven sometidas las personas mayores.

- Sesión IV: se trata de una sesión reflexiva, donde —en grupo— se comentarán lo que les ha suscitado las experiencias, será momento de plantear nuevas propuestas de actuación, resolver dudas y evaluar el plan de formación para la sensibilización. Su duración será de cuatro horas.

Noviembre						
L	M	M	J	V	S	D
					1	2
3	4	5 Sesión I Informativa	6	7	8	9
10	11	12 Sesión II Experiencia	13	14	15	16
17	18	19 Sesión III Experiencia	20	21	22	23
24	25	26 Sesión IV Reflexión	27	28	29	30

— Recursos materiales y espaciales

- Tecnológicos: ordenador con acceso a internet
- Papelería: documentación teórica, bolígrafos, cuadernos, lápices.
- Sanitarios: todos los requeridos para llevar a cabo el juego de empresa: gasas, palos de gotero, bolsas de diuresis, pañales, compresas, bolsas de colostomía,

apósitos, cama ortopédica, grúa, cinchas, herramientas de contención, silla de ruedas, andador, máquinas de alimentación parenteral etc.

- Otro tipo de materiales: como los requeridos para llevar a cabo alguna actividad concreta, alimentos, espesante, objetos de aseo, etc.
- Espacios: dentro de la propia institución, comedor, aseo, sala polivalente y habitación

#### — Descripción de las sesiones

Estas sesiones se dirigen a todos los profesionales cuidadores que trabajan en la atención directa con las personas mayores en una determinada institución. La necesidad de formar a todos se debe a las exigencias que supone la implantación del enfoque de Atención Centrada en la Persona y, a pesar de que esta propuesta formativa se dirige a sensibilizar a los profesionales, se trata del primer eslabón para la consecución de una transformación de tal envergadura.

En primer lugar, se realizará una sesión informativa en la que se explicará el sentido y finalidad de la experiencia y la metodología que se llevará a cabo. Conjuntamente, se introducirá el concepto del enfoque de atención centrada en la persona, los objetivos que se pretenden conseguir con la implantación del mismo y especialmente los beneficios que conlleva para las personas mayores la personalización de su atención. Además, por un lado, se hablará del profesional de referencia—ya que se trata de la figura del profesional cuidador que asume nuevos cometidos— y la importancia que adquiere debido al contacto directo y continuo que mantiene con las personas, y por otro lado se hará referencia al plan de atención y vida como herramienta fundamental para facilitar la atención individualizada. Por último, se realizará la asignación de los grupos y el rol que cada profesional asumirá durante la puesta en escena.

Durante las dos próximas sesiones se llevará a cabo el plan formativo para la sensibilización de profesionales a través del desarrollo de experiencias de aprendizaje basadas en el “juego empresarial”. Dicho lo cual, las experiencias que los profesionales van a vivenciar estarán relacionadas con las rutinas de la vida cotidiana que se desarrollan en las instituciones gerontológicas. Es decir, cada cuidador experimentará o

simulará algunas de las rutinas a las que se enfrentan las personas mayores a lo largo de un día en estos servicios. Dicho esto, deberán afrontar situaciones delicadas como puede ser: el aseo, las comidas, cambios posturales, las terapias o actividades programadas, etc., teniendo en cuenta el horario previsto para cada una de las rutinas. Los participantes de cada grupo adoptarán dos papeles diferentes que posteriormente serán invertidos. Es decir, unos harán de “personas mayores” —con o sin algún tipo de afectación— participando en las actividades rutinarias, mientras que los otros realizarán sus funciones profesionales como lo venían haciendo hasta el momento.

El objetivo principal de esta actividad es la reflexión previa y posterior a las experiencias sobre sus creencias, cometidos, emociones, actitudes, valores y competencias que les llevan a realizar su labor de una manera u otra. Para ello, cada participante deberá cumplimentar una hoja con las funciones que les han sido asignadas y responder a las cuestiones que se les plantean antes y después de cada experiencia (Anexo 1).

Habrà una última sesión con el objetivo de que los participantes compartan sus experiencias con los compañeros, ofrezcan nuevas propuestas de actuación y se resuelvan las dudas que han ido surgiendo a lo largo de las experiencias, si bien estas también se irán solventando a lo largo de las sesiones de experiencia. Por último, se propondrá una valoración de las sesiones y la utilidad de las mismas.

Por último, cabe destacar la función del formador como mediador o facilitador durante todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, ofreciendo los recursos necesarios y atendiendo las dudas que vayan surgiendo a lo largo de las sesiones. Fomentará en los participantes la creación de nuevas propuestas de actuación y especialmente la reflexión sobre sus acciones.

Si bien a lo largo de este apartado se ha pretendido ofrecer un plan de sensibilización para los profesionales que se dedican a la atención directa de las personas mayores, cabe mencionar que se trata de la primera pieza del rompecabezas para conseguir la implantación de un enfoque que supone un cambio de paradigma. Dicho lo cual, se requiere de la implicación y participación de todos los profesionales y de otras propuestas formativas que trasciendan a todos los niveles.





## CONCLUSIONES

Debido a la mejora de las condiciones de vida y el aumento en el número de años de las personas mayores, junto con la disminución de la tasa de natalidad hacen que se esté produciendo un cambio en la pirámide poblacional, trayendo consigo una serie de consecuencias, especialmente respecto de las personas mayores —la precariedad de las pensiones debido a la situación crítica del “Estado de Bienestar”, la disminución de las capacidades psico-físicas pudiendo requerir de la colaboración de otras personas para satisfacer sus necesidades, etc.—. Dicho lo cual, a pesar de que en España todavía predomine el modelo familista en el que sus componentes se responsabilizan del cuidado, asistencia y colaboración de sus miembros, las exigencias que emanan de la sociedad —necesidad laboral por parte de ambos cónyuges, distanciamiento geográfico, aparición de nuevas enfermedades, etc. — hace que tengan que recurrir a otras personas o servicios sociales para satisfacer las necesidades que en ella surgen.

De entre los servicios sociales más demandados —especialmente para las personas con cierto grado de dependencia— se encuentran las instituciones residenciales, que tuvieron su mayor apogeo en los años 80 donde predominaba un modelo asistencial centrado en las enfermedades. Sin embargo, se ha podido observar como durante las últimas décadas este modelo se está quedando obsoleto debido a que no cubre todas las necesidades, demandas y expectativas de las personas mayores. Es por eso que está surgiendo la necesidad de que se produzca un cambio en el paradigma asistencial en el que se proponga, como modelo, la atención centrada en la persona.

Se trata de avanzar en la progresiva aplicación de este modelo porque genera una serie de beneficios en todas las personas implicadas: origina bienestar en la persona y en las familias; dignifica la labor de los profesionales y genera ilusión y fortalece la autoestima; visibiliza, refuerza y pone en valor las actitudes profesionales correctas y las buenas prácticas; las personas y grupos familiares se implican y se apropian de sus vidas, la responsabilidad se comparte, los logros son de todos y de los fallos se aprende; crea espacios de comunicación y cooperación con las personas mayores, sus familias y con el resto de los profesionales, mejorando así un espacio de vida compartida. En definitiva la ACP se desarrolla desde los valores humanos, desde la defensa del ejercicio de los derechos de las personas, de personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, y eso..., nos humaniza y nos engrandece (Martínez: 2010).

Sin embargo, toda transformación genera una serie de necesidades sustanciales, entre las que se han identificado las siguientes: asumir las creencias que implican la adopción de este nuevo modelo, sensibilización sobre la necesidad de una atención individualizada, adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, asunción de un nuevo rol por parte de los profesionales, etc. En definitiva, la implantación de este nuevo modelo requiere de la participación de los profesionales de la educación ya que a partir de las necesidades nombradas se hacen visibles las competencias específicas que le son correspondidas al pedagogo.

## Bibliografía

Álvarez-Sierra, J. (1952). *Los Hospitales de Madrid de Ayer y de Hoy*. Publicaciones de la Beneficencia Municipal de Madrid, t. III.

Arias Gallegos, W. L. (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente. *Avances en Psicología*, 23 (2), 141-148.

Ausubel, D. P. (1976): *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.

Barenys, M. P. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Revista de Sociología*. 1992 (40), 121-135

Bermejo García, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social. Revista de intervención socioeducativa*, 51, 27-44.

Bermejo, L., Mañós, Q., Martínez, T., Díaz, B., y Sánchez, C. (2014). *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. II parte. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Campillo, J. (1969) *Lo que hay de más y de menos en España, para que sea lo que debe ser, y no lo que es*. Madrid.

Constitución Política de la Monarquía Española (1812). Recuperado de: [http://www.constitucion1812.org/documentos/cons\\_1812.pdf](http://www.constitucion1812.org/documentos/cons_1812.pdf)

Cuadrado, M. R., Fernández, M.G. y Carrasco, J.M.R. (2010). Los juegos de simulación empresarial a través de la educación a distancia: aplicación del juego INTOP en estudios de posgrado. *Pecvnia: Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de León*, (11), 61-83. Recuperado de: <http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/Pecvnia/article/view/629>

De la Iglesia, J.I. (1998). La vida cotidiana en la edad media. En J. Cordero (Eds.), *Asociacionismo popular: gremios, cofradías, hermandades y hospitales* (pp. 387-400). VIII Semana de Estudios Medievales: Nájera, del 4 al 8 de agosto de 1997

Deci, E. L. y Ryan, R.M. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social y el Bienestar. *American Psychological Association*, 55 (1), 68-78

Díaz-Veiga, P., Martínez, T., Rodríguez, P. y Sancho, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos 1-11*. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto. Recuperado de: [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ss/es\\_publica/publicaciones.html](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/publicaciones.html)

Durrett, C. (2015). *Manual del Senior Cohousing*. Madrid: Dykinson.

España. (1863). [*Ley de beneficencia (1849)*]: *Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849 y Reglamento para su ejecución de 14 de mayo de 1852*. España, Europa.

Fernández Fernández, C. M. y Sanchez García, J. A. (2006). Espacios para el refugio. La asistencia a la vejez y los asilos en Galicia. *Ciencias Sociales e Humanidades*, vol. 18: 167-203. Recuperado de: [https://dspace.usc.es/bitstream/10347/4560/1/pg\\_167-204\\_semata18.pdf](https://dspace.usc.es/bitstream/10347/4560/1/pg_167-204_semata18.pdf)

Fernández, M. G. (2015). El aprendizaje experiencial como metodología docente: aplicación del método Macbeth. *Argos*, 28(54).

Granjel, L. S. (2003). Gerocomia, una etapa en la historia de la Geriatria. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, (4), 691-713.

Helguera Quijada, J. (1980). Asistencia social y enseñanza industrial en el siglo XVIII: El Hospicio y las Escuelas-fábricas de Alcaraz, 1974-1978. *Investigaciones Históricas: Época Moderna y Contemporánea*, (2), 71-106.

IMSERSO (2016). *Informe 2012. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO

Kaulino, A. y Stecher, A. (2007). Cartografía de la psicología contemporánea: pluralismo y modernidad. En V. Moreira (Ed.), *Psicología humanista fenomenológica* (pp. 165-190). Santiago de Chile: LOM

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. España.

López, C. (1986). La acción social medieval como precedente, en C. López (Ed.) *De la Beneficencia al Bienestar Social. Cuatro siglos de Acción Social*. Siglo XXI, Madrid.

Martínez, T. (2011). **La atención gerontológica centrada en la persona**. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a **personas** mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno Vasco

Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47

Martínez, T. (2015). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación.

Mount, B. (1990). *Making Futures Happen: a Manual for Facilitators of Personal Futures Planning*. St. Paul, MN: Governors' s Council on Developmental Disabilities.

Noguez Casado, S. (2002). El desarrollo potencial de aprendizaje Entrevista a Reuven Feuerstein. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/155/15504207/>

Orrú, S. E. (2003). Reuven Feuerstein y la teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural. *Revista de educación*, (332), 33-54.

Rivera, G. (1996). *Estrategias para el aprendizaje*. Buenos Aires: Atenea

Rodríguez, J. M. (1975). *Juegos de empresa*. Madrid: ESIC.

Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Madrid: Médica Panamericana.

Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Informes Portal de mayores, 116. Madrid: IMSERSO.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Colección Papeles de la fundación, 1. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal.

Sánchez Vera, P., y Bote Díaz, M. (2009). Familismo y cambio social. El caso de España. *Sociologías*, 11 (21), 121-149.

Tejado Fernández, J. (2009). Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes. Una mirada desde la formación. *Revista de Educación Inclusiva*, 2 (2), 5.

Trejo Maturana, C. (2001). El viejo en la historia. *Acta Bioethica*, año VII, n° 1, 107-119. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v7n1/art08.pdf>

Vidal Galache, F. (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822. *Espacio, Tiempo y Forma. Serie V, Historia Contemporánea*, (1), 41-56



## ANEXOS

### Hoja de reflexión 1

Rutina y horario:

Cuestionario

1. ¿Cómo llevaría a cabo sus funciones profesionales con la rutina que le ha sido encomendada?
2. ¿Qué emociones previas le suscitan la necesidad de tener que ser asistido?
3. ¿Para usted es el momento adecuado para realizar esta rutina? ¿Cree que sería posible flexibilizar el horario?
4. ¿Qué espera del profesional que colaborará con usted?
5. ¿Cómo le gustaría ser tratado?
6. En caso de que le haya tocado la realización de una actividad ¿cree que para usted tendría valor?

## Hoja de reflexión 2

Rutina y horario:

Cuestionario

1. Tras haber vivido la experiencia ¿Volvería a llevar a cabo sus funciones de la misma manera?
2. ¿Qué emociones le han suscitando al vivenciar la rutina?
3. ¿Hubiera preferido realizar esta rutina en otro momento? ¿Por qué?
4. ¿Cómo cree que lo ha hecho el profesional? ¿Era lo que esperaba?
5. ¿Cómo le gustaría haber sido tratado?
6. En caso de que le haya tocado la realización de una actividad ¿Ha sido significativa para usted? ¿En qué tipo de actividad le hubiera gustado participar?
7. ¿Propondría algún cambio de mejora? ¿Cuáles?



## **Hoja de reflexión 1y2**

(Para el profesional)

Rutina y horario:

1. Reflexione y comente cómo llevará a cabo sus funciones en la rutina que le ha sido asignada
2. ¿Considera que es el momento para llevarla a cabo?
3. ¿Cómo cree que se va a sentir la persona?

Tras la realización de rutina

1. ¿Considera que ha realizado de manera adecuada sus funciones? ¿Mejoraría alguna actuación?

¿Cómo cree que se ha sentido la persona durante la realización de la